
ARTIGO ORIGINAL

**ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS E ANTICOAGULANTES E SUAS
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES: UM ESTUDO EM UM
HOSPITAL DE FLORIANÓPOLIS****PLATELET ANTIAGREGANTS AND ANTICOAGULANTS AND THEIR DRUGS
AND FOOD INTERACTIONS: A STUDY IN A FLORIANOPOLIS'S HOSPITAL**Gisele Cristina Dametto ¹Cibele Priscila Dametto ²Regina Sordi ³DOI: <https://doi.org/10.63845/pzq11753>**RESUMO**

Introdução: A terapia com anticoagulantes e antiagregantes plaquetários está associada a risco de sangramento, potencialmente agravado por interações medicamentosas e alimentares, especialmente em pacientes idosos e em polifarmácia. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico de pacientes em uso de antitrombóticos e identificar a ocorrência de sangramentos autorreferidos e potenciais interações medicamentosas e alimentares. **Métodos:** Estudo observacional, transversal e exploratório, realizado em hospital de média complexidade em Florianópolis (SC), entre setembro/2021 e maio/2022. Foram incluídos 19 pacientes adultos em uso de anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários. Os dados foram coletados por questionário estruturado não validado, com análise descritiva. As interações medicamentosas foram identificadas pela base eletrônica (Drugs.com). **Resultados:** Varfarina e dabigatrana foram os anticoagulantes mais utilizados. A maior parte dos participantes eram do sexo masculino (73,7%), com idade entre 61–70 anos. Oito pacientes (42,1%) relataram algum episódio de sangramento, em diferentes localizações. A ocorrência de sangramento foi mais frequente entre pacientes em polimedicação (≥ 3 fármacos) e com menor conhecimento autorreferido sobre interações. **Conclusão:** Em uma análise exploratória, observou-se elevada frequência de sangramentos menores e potenciais interações medicamentosas. Os achados devem ser interpretados com cautela, mas reforçam a importância da orientação ao paciente e do acompanhamento farmacoterapêutico.

Descritores: Hemorragia; Anticoagulantes; Antiagregantes Plaquetários; Interações Medicamentosas; Varfarina.

¹ Mestra em Farmacologia – Mestrado Profissional em Farmacologia – Centro de Ciência Biológicas – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC), Brasil. Email: giseledametto@gmail.com.

² Mestra em Transformações Sociais e Inovação – Departamento de Sociologia – Universidade de Barcelona – UB – Barcelona, Espanha. Email: cibeledametto@gmail.com.

³ Professora Doutora em Farmacologia – Departamento de Farmacologia – Mestrado Profissional em Farmacologia – Centro de Ciência Biológicas – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC), Brasil. Email: r.sordi@ufsc.br.

ABSTRACT

Background: Anticoagulant and antiplatelet therapies are associated with bleeding risk, which may be increased by drug–drug and drug–food interactions, particularly in elderly patients with polypharmacy. **Objective:** To describe the clinical profile of patients using antithrombotic agents and to identify self-reported bleeding events and potential drug and food interactions. **Methods:** Exploratory, observational, cross-sectional study conducted in a medium-complexity hospital in Florianópolis, Brazil, from September 2021 to May 2022. Nineteen adult patients using anticoagulants and/or antiplatelet agents were included. Data were collected using a structured, non-validated questionnaire and analysed descriptively. Potential drug interactions were identified using an electronic database (Drugs.com). **Results:** Warfarin and dabigatran were the most frequently used anticoagulants. Most participants were male (73.7%) and aged 61–70 years. Eight patients (42.1%) reported at least one bleeding episode at different sites. Bleeding reports were more common among patients with polypharmacy (≥ 3 drugs) and limited self-reported knowledge of interactions. **Conclusion:** In this small exploratory sample, minor bleeding events and potential interactions were frequent. These findings should be interpreted cautiously but highlight the need for patient education and pharmacotherapeutic follow-up.

Keywords: Hemorrhage; Anticoagulants; Platelet Aggregation Inhibitors; Drug Interactions; Warfarin.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de mortalidade no Brasil⁽¹⁾ e no mundo⁽²⁾. A Organização Mundial da Saúde estima que sejam contabilizadas aproximadamente 23,6 milhões de mortes decorrentes de DCV em 2030⁽³⁾ sendo as mais prevalentes o infarto agudo do miocárdio (IAM), a insuficiência cardíaca (IC) e o acidente vascular cerebral (AVC)⁽⁴⁾.

Entre os fatores de risco tradicionais para as DCV estão a pressão arterial sistólica elevada, níveis elevados de lipoproteína de baixa densidade, inatividade física e uso de álcool e tabaco⁽⁵⁾. Outros fatores como o estado de inflamação crônica, a resistência insulínica, o aumento do estresse oxidativo e a produção de radicais livres também estão associados ao desenvolvimento das DCV⁽⁶⁾.

O tratamento para as DCV inclui o uso de fármacos específicos e intervenções não farmacológicas, como atividade física, reeducação alimentar, mudança de hábitos e estilo de vida⁽⁷⁾. Em conjunto com terapias de reperfusão (química, com trombolíticos, ou por intermédio de angioplastia primária), a terapêutica antiagregante e anticoagulante configura elemento fundamental na redução de mortalidade e recorrência de eventos cardiovasculares. Isso ocorre porque complicações tromboembólicas são repetidamente encontradas na fisiopatologia de certas DCV, sendo imprescindível a utilização de medicamentos que inibem a agregação plaquetária e outros que reduzem a coagulação sanguínea⁽⁸⁾.

Dentre os anticoagulantes mais utilizados na prática clínica estão aqueles classificados como injetáveis, tendo como representantes a heparina não fracionada (HNF) e a heparina de baixo peso molecular (HPBM) como por exemplo a enoxaparina. Estes fármacos atuam como inibidores indiretos da trombina e seu uso está relacionado a um efeito rápido de anticoagulação. Outros fármacos bastante utilizados são os anticoagulantes administrados por via oral (ACOs), que compreendem os inibidores da vitamina K da classe dos cumarínicos, como a varfarina sódica e o acenomarol, bem como os novos

anticoagulantes orais (NACO). Os NACO são divididos em inibidores do fator Xa, a exemplo da apixabana, edoxabana e rivaroxabana, e os inibidores diretos da trombina como a dabigatrana⁽⁹⁾.

A varfarina apresenta um índice terapêutico estreito, possibilitando a ocorrência de reações adversas ou falha terapêutica, dependentes da sua concentração, sendo que sua dose deve ser adaptada para cada paciente⁽¹⁰⁾. Nesse sentido, a aprovação dos NACO trouxe várias vantagens terapêuticas, que incluem resposta mais rápida e previsível, necessidade limitada de monitoramento laboratorial de rotina e menos interações medicamentosas e alimentares⁽¹¹⁾.

Indivíduos com DCV frequentemente apresentam múltiplas comorbidades, e são expostos a regimes terapêuticos complexos e por tempo prolongado, o que geralmente resulta em prescrição com antitrombóticos em combinações duplas ou triplas⁽¹²⁾. Embora a terapêutica antitrombótica com agentes combinados tenha propiciado uma redução significativa dos principais eventos isquêmicos (óbito, reinfarto ou novos episódios isquêmicos e AVC) ao longo dos últimos anos, observou-se o desenvolvimento de um número maior de episódios hemorrágicos⁽¹³⁾.

Além das interações medicamentosas e alimentares, vários são os fatores que podem desencadear o sangramento como evento adverso, dentre eles podem ser citadas as alterações genéticas, a não-adesão medicamentosa e falta de informação do paciente relacionada ao seu próprio tratamento. Assim, o acompanhamento farmacoterapêutico destes pacientes permite melhora na terapia farmacêutica, e recuperação mais rápida do paciente, e ainda visa minimizar os problemas relacionados aos medicamentos. O uso de tecnologias em saúde, trazendo informações relativas aos tratamentos, pode proporcionar um resultado mais eficaz e seguro ao paciente⁽¹⁴⁾.

Dada a relevância das DCV no contexto de saúde, somado ao fato de que os tratamentos farmacoterapêuticos disponíveis incluem uma ampla variedade de medicamentos, nota-se a importância de se estudar maneiras de reduzir o risco de eventos adversos. O presente estudo foi realizado no Hospital de Guarnição de Florianópolis (HGuFL), uma instituição que atende pacientes majoritariamente idosos, portadores de várias comorbidades e geralmente usuários de polimedicção. A hipótese desta investigação é que os pacientes em acompanhamento ambulatorial que fazem uso de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes, podem estar sofrendo efeitos adversos como sangramentos, ou inefetividade terapêutica com riscos de eventos isquêmicos devido a interações medicamentosas e/ou alimentares.

Portanto, o objetivo deste trabalho foi compreender o perfil dos pacientes do HGuFL que fazem uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, identificar as lacunas de conhecimento relacionadas ao tratamento medicamentoso e apontar as variáveis capazes de contribuir ou não à ocorrência de sangramentos e reações adversas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, observacional e transversal com abordagem quantitativa, realizado com pacientes em uso de antitrombóticos. O delineamento adotado não permite

estabelecer relações de causalidade, tendo como objetivo principal a descrição do perfil dos participantes, dos relatos de sangramento e da identificação de interações medicamentosas potenciais. A pesquisa ocorreu no período de setembro de 2021 a maio de 2022, em uma unidade hospitalar de média complexidade em Florianópolis, SC. O estudo foi realizado de acordo com as normas e diretrizes que regulam a pesquisa com seres humanos, que tem como base a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e teve o consentimento de todos os participantes do estudo. Foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos vinculado à UFSC (CEPSH-UFSC) sob o número 4.532.221.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário estruturado, aplicado diretamente aos participantes. O instrumento incluiu informações sociodemográficas, clínicas, medicamentos em uso, número total de fármacos utilizados e relato autorreferido de episódios de sangramento. O questionário utilizado não passou por processo formal de validação, sendo empregado exclusivamente para fins exploratórios. Não foi realizado cálculo amostral, o que é justificado pela natureza exploratória do estudo. A amostra foi constituída por 19 pacientes, e foram incluídos indivíduos adultos dos sexos masculino e feminino, usuários de anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários como terapia alvo para doenças cardiovasculares com complicações tromboembólicas.

As informações coletadas foram compiladas e inseridas em planilhas criadas no Programa Microsoft Office Excel®2016 para quantificação e posterior interpretação, sendo as variáveis organizadas e apresentadas por distribuição em tabelas e gráficos. A avaliação das possíveis interações medicamentosas foi realizada através da base eletrônica *Drugs.com*. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, com apresentação dos resultados em valores absolutos (n) e, quando pertinente, em percentuais. Não foram realizadas análises inferenciais ou testes estatísticos, em consonância com o delineamento exploratório e o tamanho amostral reduzido.

Foram analisados os critérios descritos a seguir: nome, idade, sexo, dados antropométricos como o peso (kg) e altura (M) para cálculo do índice de massa corpórea - IMC ($\text{peso}/\text{altura}^2$). Foram pesquisados também os fatores de risco existentes na população, como dislipidemia, diabetes melitos (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e história familiar de doença arterial coronariana. Dados relativos aos hábitos de vida também foram levantados como sedentarismo, tabagismo atual ou prévio.

Com o intuito de avaliar o conhecimento sobre seu estado de saúde, o paciente foi questionado se é ou se já foi portador de outras doenças associadas descritas a seguir: isquemia, angina, infarto agudo do miocárdio, presença de obstrução evidenciada em exames, acidente vascular cerebral, aneurisma da aorta abdominal e estenose da artéria renal. Foram investigados ainda os medicamentos de uso regular, dando ênfase aos medicamentos com ações diretas sobre o sistema cardiovascular. Eles foram classificados de acordo com sua farmacodinâmica em anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, sendo ainda que em um campo aberto foram descritos os outros fármacos utilizados pelo paciente.

A fim de detectar possíveis efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos, os pacientes foram questionados em relação à observação de sangramento nas fezes, nariz, urina, olhos ou no vômito. Também foi avaliado se houve eventual episódio de sangramento durante a realização de procedimentos

como endoscopia, aparecimento de hematomas pelo corpo ou de eventos trombóticos no período de vigência dos medicamentos antitrombóticos. A identificação de interações entre medicamento e alimento, e a aferição do conhecimento do paciente sobre estas interações também foram investigadas.

RESULTADOS

Participaram do estudo 19 pacientes em uso de anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários. A maior parte dos participantes era do sexo masculino (n=14) e a faixa etária predominante foi entre 61 e 70 anos. As características demográficas, clínicas e os fatores de risco encontram-se descritos na Tabela 1. Oito pacientes relataram pelo menos um episódio de sangramento ao longo do uso da terapia antitrombótica. Os episódios ocorreram em diferentes localizações, incluindo olhos (n=2), urina (n=2), boca (n=2), fezes (n=1) e nariz (n=1). Hematomas foram observados por quatro pacientes e analisados separadamente, por não terem sido classificados como sangramento ativo.

Em relação à terapia antitrombótica, 9 pacientes utilizavam anticoagulantes, 11 faziam uso de antiagregantes plaquetários e um paciente utilizava as duas classes de forma associada (Tabela 2). Entre os anticoagulantes, varfarina e dabigatrana foram os mais utilizados. Entre os antiagregantes, predominou o ácido acetilsalicílico.

A análise descritiva das potenciais interações medicamentosas, realizada por meio de base eletrônica, identificou interações envolvendo tanto anticoagulantes quanto antiagregantes plaquetários (Tabelas 3 e 4). O maior número de potenciais interações foi observado entre pacientes em uso de dabigatrana e entre aqueles em uso de ácido acetilsalicílico. O número de interações potenciais por paciente variou de uma a quatro.

Entre os pacientes que relataram sangramento, observou-se maior frequência em pacientes que utilizavam três ou mais medicamentos (n=4). Também foi frequente, nesse grupo, o relato de conhecimento limitado ou inexistente sobre interações alimentares (n=6). Os medicamentos não antitrombóticos mais prevalentes foram os anti-hipertensivos como os beta-bloqueadores, os antidiabéticos e as estatinas, que apareceram seis vezes cada um, como mostra a Figura 1. Outras características clínicas e comportamentais dessa subpopulação estão descritas na Tabela 5.

Quanto às orientações recebidas sobre a terapia antitrombótica, a maioria dos pacientes informou ter recebido algum tipo de informação, especialmente relacionada ao risco de sangramento e à necessidade de uso contínuo do medicamento. Entretanto, apenas uma pequena parte dos pacientes relatou ter recebido orientações específicas sobre interações medicamentosas ou alimentares (Tabela 6).

DISCUSSÃO

O uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários é amplamente estabelecido na prevenção e no tratamento de eventos tromboembólicos em pacientes com doenças cardiovasculares. No entanto, os sangramentos associados a essas terapias permanecem um desafio clínico relevante, sobretudo em populações idosas e em contexto de polifarmácia.

Neste estudo foi observado que uma parcela considerável dos pacientes relatou episódios de sangramento, predominantemente de menor gravidade e em diferentes localizações. Embora este estudo tenha sido realizado com um tamanho de amostra reduzido, e apresente um caráter exploratório, não permitindo inferências causais, estes dados estão em consonância com a literatura que descreve sangramentos menores como eventos relativamente frequentes em pacientes sob terapia antitrombótica.

A ocorrência de hematomas, embora não classificada como sangramento ativo, foi relatada por alguns pacientes e pode refletir alterações na hemostasia associadas ao uso desses fármacos. Estudos prévios com amostras maiores descrevem maior gravidade e necessidade de hospitalização principalmente em casos de sangramentos gastrointestinais e intracranianos, eventos que não foram avaliados neste trabalho⁽¹⁵⁾.

Embora de menor relevância e não avaliado neste estudo, quando se trata de necessidade de internação hospitalar e quadros clínicos graves, estudos apontam uma relação entre maior risco de tromboembolismo e mortalidade após eventos de hematúria⁽¹⁶⁾. Destaca-se assim, a necessidade de melhores abordagens para a prevenção de tais episódios, visando diminuir a incidência de AVC isquêmico, embolia sistêmica e sangramentos maiores ocorridos após hematúria, por exemplo.

A polifarmácia mostrou-se frequente, especialmente entre os pacientes que relataram sangramento. Esse achado sugere que o uso concomitante de múltiplos medicamentos pode estar associado a maior complexidade terapêutica e maior risco potencial de interações medicamentosas, conforme já descrito em estudos observacionais prévios⁽¹⁷⁾. Ainda assim, devido ao delineamento do estudo, não é possível estabelecer relação direta entre polifarmácia e sangramento.

No que se refere aos anticoagulantes utilizados, varfarina e dabigatrana foram os fármacos mais frequentes entre os pacientes que relataram sangramento. Embora estudos de maior porte indiquem menor risco global de sangramento com os anticoagulantes orais diretos em comparação à varfarina, eventos hemorrágicos ainda podem ocorrer, especialmente em presença de interações medicamentosas ou características individuais do paciente⁽¹⁸⁾.

A dabigatrana possui absorção influenciada pela glicoproteína-P, o que pode aumentar sua suscetibilidade a interações fármaco-fármaco e, potencialmente, fármaco-alimento. A literatura descreve que inibidores dessa proteína transportadora, como por exemplo os fármacos sinvastatina e lovastatina^(19, 20), além de alguns alimentos⁽²¹⁾, podem elevar as concentrações plasmáticas de dabigatrana, aumentando o risco de sangramento. Apesar disso, ainda há escassez de evidências clínicas robustas sobre interações alimentares envolvendo anticoagulantes orais diretos, reforçando o caráter exploratório dos achados deste estudo.

Outro aspecto relevante foi o conhecimento limitado dos pacientes sobre interações medicamentosas e alimentares. Embora a maioria tenha relatado ter recebido orientações gerais sobre o tratamento, informações específicas sobre interações foram menos frequentes. Esse dado está alinhado com estudos que destacam o papel central da educação em saúde e do acompanhamento farmacoterapêutico para a segurança do uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários⁽²²⁾.

Entre as limitações do estudo, destacam-se o pequeno tamanho amostral, o uso de questionário não validado, a ausência de análise estatística inferencial e a identificação de interações baseada em uma única base eletrônica. Tais limitações restringem a generalização dos resultados, mas não invalidam seu potencial como levantamento inicial de hipóteses e como subsídio para estudos futuros com maior robustez metodológica.

CONCLUSÃO

Os resultados, embora limitados por uma amostra pequena e metodologia exploratória, sugerem que sangramentos menores e potenciais interações medicamentosas são frequentes em pacientes ambulatoriais em uso de antitrombóticos. O fortalecimento da educação em saúde e do acompanhamento farmacoterapêutico pode contribuir para maior segurança terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Massaroli LC, Santos LC, Carvalho GG, Carneiro SAJF. **Qualidade De Vida E O IMC Alto Como Fator De Risco Para Doenças Cardiovasculares: Revisão Sistemática.** Educ Física para Grup Especiais Exerc físico como Ter Altern para doenças crônicas. 2021;16:122–32.
2. Collins DRJ, Tompson AC, Onakpoya IJ, Roberts N, Ward AM, Heneghan CJ. **Global cardiovascular risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease in adults: Systematic review of systematic reviews.** BMJ Open. 2017; (3):e013650. doi:10.1136/bmjopen-2016-013650.
3. Précoma DB, de Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MC de O, et al. **Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian society of cardiology – 2019.** Arq Bras Cardiol. 2019;113(4):787–891. doi:10.5935/abc.20190204.
4. Gonçalves PRT, Moraes GYB de, Pereira B de A, Gritti A. **Aterosclerose e sua relação com as doenças cardiovasculares.** Rev Saúde em Foco. 2018;10:711–717.
5. Jagannathan R, Patel SA, Ali MK, Narayan KMV. **Global Updates on Cardiovascular Disease Mortality Trends and Attribution of Traditional Risk Factors.** Curr Diab Rep. 2019;19(7): 44. doi:10.1007/s11892-019-1161-2.
6. Ciumărnean L, Milaciu MV, Negrean V, Orășan OH, Vesa SC, Sălăgean O, et al. **Cardiovascular risk factors and physical activity for the prevention of cardiovascular diseases in the elderly.** Int J Environ Res Public Health. 2022;19(1): doi:10.3390/ijerph19010207.
7. Gomes MJ, Pagan LU, Okoshi MP. **Tratamento não farmacológico das doenças cardiovasculares: importância do exercício físico.** Arq Bras Cardiol. 2019;113(1):9-10. doi:10.5935/abc.20190127.
8. Lorga Filho AM, Azmus AD, Soeiro AM, Quadros AS, Avezum A, et al. **Diretrizes brasileiras de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes em cardiologia.** Arq Bras Cardiol. 2013;101(3 Suppl 3):1-95.

9. Araújo WEC, Barbosa AM. **Eficácia e segurança de anticoagulantes orais diretos comparados à anticoagulação tradicional com heparina e varfarina.** Rev Cient Esc Saúde Goiás. 2020;6(2):1-19.
10. Dean L. **Warfarin therapy and VKORC1 and CYP genotype.** In: Pratt VM, Scott SA, Pirmohamed M, et al., editors. Medical Genetics Summaries. Bethesda (MD): National Center for Biotechnology Information; 2018.
11. Wiggins BS, Dixon DL, Neyens RR, Page RL, Gluckman TJ. **Select drug–drug interactions with direct oral anticoagulants.** J Am Coll Cardiol. 2020;75(11):1341-1350. doi:10.1016/j.jacc.2019.12.068.
12. Abraham NS, Castillo DL. **Novel anticoagulants: bleeding risk and management strategies.** Curr Opin Gastroenterol. 2013;29(6):676-683. doi:10.1097/MOG.0b013e328365d9f7.
13. He Y, Wong ICK, Li X, Anand S, Leung WK, Siu CW, et al. **Association between non-vitamin K antagonist oral anticoagulants and gastrointestinal bleeding.** Br J Clin Pharmacol. 2016;82(1):285-300. doi:10.1111/bcp.12904.
14. Barbosa R, Mendes P, Ferro S, Pina J. **Atenção farmacêutico a pacientes em uso de varfarina.** Saúde Ciência Em Ação. 2018;4(1):47–70.
15. Conti A, Renzi N, Catarzi S, Mazzucchelli M, Covelli A, Pampana A, et al. **Bleeding events in patients 75 years of age and older under long-term anticoagulant therapy.** Crit Pathw Cardiol. 2020;19(3):131-138. doi:10.1097/HPC.0000000000000216.
16. Wang CL, Wu VCC, Huang YT, Chen YL, Chu PH, Kuo CF, et al. **Incidence and consequences of resuming oral anticoagulant therapy following hematuria.** J Thromb Thrombolysis. 2021;51(1):58-66. doi:10.1007/s11239-020-02135-2.
17. Foerster KI, Hermann S, Mikus G, Haefeli WE. **Drug–drug interactions with direct oral anticoagulants.** Clin Pharmacokinet. 2020;59(8):967-980. doi:10.1007/s40262-020-00879-x.
18. Ferro JM, Coutinho JM, Dentali F, Kobayashi A, Alasheev A, Canhão P, et al. **Safety and efficacy of dabigatran versus warfarin in cerebral venous thrombosis.** JAMA Neurol. 2019;76(12):1457-1465. doi:10.1001/jamaneurol.2019.2764.
19. Hellenbart EL, Faulkenberg KD, Finks SW. **Evaluation of bleeding in patients receiving direct oral anticoagulants.** Vasc Health Risk Manag. 2017;13:325-342. doi:10.2147/VHRM.S121661.
20. Ferri N, Colombo E, Tenconi M, Baldessin L, Corsini A. **Drug-drug interactions of direct oral anticoagulants (DOACs): from pharmacological to clinical practice.** Pharmaceutics. 2022;14(6):1120. doi:10.3390/pharmaceutics14061120.
21. Grześk G, Rogowicz D, Wołowicz Ł, Ratajczak A, Gilewski W, Chudzińska M, et al. **Clinical significance of drug–food interactions of direct oral anticoagulants.** Int J Mol Sci. 2021;22(16):8531. doi:10.3390/ijms22168531.

22. Jani YH, Hirani B, Livingstone C. **Evaluation of patients' knowledge about oral anticoagulant medicines.** Int J Clin Pharm. 2021;43(1):203-211. doi:10.1007/s11096-020-01134-w.

TABELAS

Tabela 1 - Dados demográficos e características clínicas dos pacientes

Características	N = 19 Número (%)
Sexo	
Feminino	5 (26,32)
Masculino	14 (73,68)
Faixa etária	
Entre 51 e 60 anos	4 (21,05)
Entre 61 e 70 anos	7 (36,84)
Entre 71 e 80 anos	5 (26,32)
Entre 81 e 90 anos	3 (15,79)
Indicação do uso de anticoagulante e/ou antiagregante plaquetário	
Aneurisma da aorta	1 (5,26)
Estenose da artéria renal	1 (5,26)
DAOP	2 (10,53)
AVC	3 (15,79)
Doença arterial coronariana	5 (26,32)
Outros	4 (21,05)
Fatores de risco	
Tabagista	0 (0)
Sensação de dor ou câimbra ao caminhar	2 (21,05)
Diabetes melitos	4 (21,05)
Ex-tabagista	7 (36,84)
Dislipidemia	7 (36,84)
História familiar de DAC	7 (36,84)
Hipertensão arterial	13 (68,42)
Outras	2 (21,05)
Sangramento	
Urina	2 (10,53)
Olhos	2 (10,53)
Fezes	1 (5,26)
Boca	2 (10,53)
Nariz	1 (5,26)
Nunca teve Sangramento	10 (52,63)
Hematoma	4 (21,05)
Número de Comorbidades por paciente	Média (DP)
IMC	1,21 (0,75)
Número de medicamentos usados por paciente	27,86 (6,23)
	3,65 (2,61)

DAC- Doença arterial coronariana, AVC – Acidente vascular cerebral, DAOP – Doença arterial obstrutiva periférica.

Tabela 2 - Distribuição do uso de antitrombóticos pelos pacientes estudados

Antitrombóticos	N = 19 Número (%)
Anticoagulante	8 (42,11)
Antiagregante plaquetário	10 (52,63)
Anticoagulante + Antiagregante plaquetário	1 (5,26)
Distribuição dos Anticoagulantes	9 (47,37)
Apixabana	1 (5,26))
Edoxabana	1 (5,26)
Dabigatrana	3 (15,79)
Varfarina	4 (21,05)
Distribuição dos Antiagregante plaquetário	11 (57,89)
Ticagrelor	1 (5,26)
Clopidogrel	2 (10,53)
Ácido acetilsalicílico	8 (42,11)
Anticoagulante associado a antiagregante plaquetário	
Dabigatrana + Ácido acetilsalicílico	1 (5,26)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Tabela 3 - Interações medicamentosas potenciais dos anticoagulantes: implicações clínicas e nível de gravidade

Interações medicamentosas	Pacientes (n) (%)	Implicações Clínicas	Nível de Risco
Dabigatrana + AAS	1 5,26	Sangramento	Maior
Dabigatrana + Atorvastatina	1 5,26	↓ Concentração de Dabigatrana	Menor
Dabigatrana + Pantoprazol	1 5,26	Sangramento	Moderado
Dabigatrana + Espironolactona	1 5,26	Sangramento	Moderado
Dabigatrana + Calcio	1 5,26	Sangramento	Moderado
Apixabana + Anlodipino	1 5,26	Sangramento	Moderado

Legenda: ↓ (Diminuição).

Tabela 4 - Interações medicamentosas potenciais dos antiagregantes plaquetários: implicações clínicas e nível de gravidade

Interações medicamentosas	Pacientes (n) (%)	Implicações Clínicas	Nível de Risco
AAS + Atenolol	1 5,26	↑ PA	Menor
AAS + Bisoprolol	1 5,26	↑ PA	Menor
AAS + Nebivolol	1 5,26	Sangramento ↑ PA	Menor
AAS + Olmesartana	1 5,26	↑ PA	Moderado
AAS + Losartana	1 5,26	↑ PA	Moderado
AAS + Cilostazol	1 5,26	Sangramento	Moderado
AAS + Duloxetina	1 5,26	Sangramento	Moderado
AAS + Glimepirida	1 5,26	↓ Glicemia	Moderado
AAS + Nifedipino	1 5,26	↑ PA	Moderado
Clopidogrel + AAS	1 5,26	Sangramento	Moderado
Clopidogrel + Atorvastatina	1 5,26	↓ Concentração de clopidogrel	Moderado
Ticagrelor + AAS	1 5,26	↓ Concentração de ticagrelor	Moderado

Legenda: PA: pressão arterial; ↓ : Diminuição e ↑ : Elevação.

Tabela 5 - Perfil dos pacientes que apresentaram sangramento

Sangramento	N = 8 Número (%)
Sexo	
Feminino	3 (37,50)
Masculino	5 (62,50)
Praticam atividade física regularmente	
Sim	7 (87,50)
Não	1 (12,50)
Indicação do uso de anticoagulante e/ou antiagregante plaquetário	
IAM	2 (25,00)
AVC	2 (25,00)
Doença arterial coronariana	2 (25,00)
Trombose prévia	4 (50,00)
Outros	3 (37,50)
IMC	
Entre 15 e 20	1 (12,50)
Entre 21 e 24	1 (12,50)
Entre 25 e 29	5 (62,50)
Entre 30 e 34	1 (12,50)
Faixa etária	
Entre 51 e 60 anos	1 (12,50)
Entre 61 e 70 anos	5 (62,50)
Entre 71 e 80 anos	1 (12,50)
Entre 81 e 90 anos	1 (12,50)
Anticoagulante	
Varfarina	3 (37,50)
Dabigatrana	3 (37,50)
Apixabana	1 (12,50)
Edoxabana	1 (12,50)
Antiagregante plaquetário	
Ácido acetilsalicílico	1 (12,50)
Frequência do consumo de vitamina K	
Uma vez na semana	3 (37,50)
Duas vezes na semana	2 (25,00)
Três vezes na semana	2 (25,00)
Quatro vezes na semana	1 (12,50)
Localização do Sangramento	
Olhos	2 (25,00)
Urina	2 (25,00)
Boca	2 (25,00)
Fezes	1 (12,50)
Nariz	1 (12,50)
Polimedicação	
1 medicamento	3 (37)
2 medicamentos	1 (12)
3 ou mais medicamentos	4 (50)

Conhecimento sobre interações alimentares x sangramento

Não sei ou sei pouco	6 (75)
Sei totalmente	2 (25)

Tabela 6 - Representação das orientações recebidas pelos pacientes sobre os possíveis riscos e cuidados relacionados à terapia antitrombótica

Orientação sobre os cuidados relacionados à terapia antitrombótica	Total de pacientes (n=19) (100%)	Pacientes com sangramento (n=8) (42,11%)
Orientados	13 (68,42)	8 (42,11)
Risco de sangramento	8 (42,11)	7 (36,84)
Necessidade de uso contínuo	8 (42,11)	4 (21,05)
Risco de interações alimentares	4 (21,05)	3 (15,79)
Risco de interações medicamentosas	2 (10,53)	2 (10,53)
Risco de trombo/coágulo	2 (10,53)	8 (42,11)
Não orientados	6 (31,58)	0 (0)

FIGURAS

Figura 1 - Outras classes medicamentosas utilizadas pelos pacientes

